

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

248

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1895, à 1 heure

Par PHILIPPE LANGLOIS

Né à Amiens, le 17 juillet 1866.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PLEURÉSIES PARTIELLES
ET DE LA PLEURÉSIE DU SOMMET

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur.
 } CHAUFFARD, GRANCHER, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

248

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

815



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0097

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1895, à 1 heure

Par PHILIPPE LANGLOIS

Né à Amiens, le 17 juillet 1866.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PLEURÉSIES PARTIELLES ET DE LA PLEURÉSIE DU SOMMET

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUD.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	F. UCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTIER	S. HWA RTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres leurs auteurs, et qu'elle n'en eût leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PLEURÉSIES PARTIELLES
ET DE LA
PLEURÉSIE DU SOMMET

INTRODUCTION

La pleurésie purulente du sommet est une affection peu connue. En effet, en dehors de l'observation recueillie dans le service de M. Moizard à l'hôpital des Enfants-Malades, et que nous rapportons ici *in extenso*, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'une pleurésie purulente du sommet, avec autopsie, publiée par M. Rispal de Toulouse.

C'est à peine si les différents traités de médecine

en parlent, et nous ne l'avons vue décrite nulle part.

Peut-être pourrait-on rapprocher du sujet actuel une observation publiée dans une thèse sur la pleurésie médiastine (1).

Enfin nous avons cru utile de rapporter à la fin de ce travail une troisième observation de pleurésie localisée au sommet, avec relation d'autopsie, mais non purulente. Cette observation est tirée de la Clinique d'Andral.

Avant d'aborder la description de la pleurésie du sommet, nous croyons nécessaire de dire quelques mots des pleurésies partielles en général, et de rappeler les principaux caractères de chaque type en particulier. Puis nous commencerons l'étude de la pleurésie partielle localisée au sommet par quelques considérations anatomiques et anatomo-pathologiques indispensables pour comprendre la symptomatologie qui fera l'objet d'un autre chapitre. Nous exposerons ensuite les bases du diagnostic positif et différentiel; enfin, nous montrerons les modifications que peut subir, dans le cas qui nous occupe le traitement habituel de la pleurésie purulente.

Avant d'entrer en matière, nous avons un devoir à remplir; nous tenons à rendre ici hommage à nos regrettés maîtres, les professeurs Ball et Peter;

1. Vélimirovitch. *Pleurésies médiastines chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1892.

nous sommes heureux de remercier les chefs dont nous avons été successivement l'externe dans les hôpitaux, M. le professeur Tillaux à l'Hôtel-Dieu, M. Fernet à l'hôpital Beaujon, et M. Descroizilles à l'hôpital des Enfants-Malades.

Que M. Moizard, qui nous a si aimablement ouvert les portes de son service et de son laboratoire, et qui nous a permis de recueillir une observation très intéressante, accepte tous nos remerciements.

M. le professeur Straus nous fait le grand honneur de présider cette thèse, nous le prions de recevoir l'expression de notre vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Pleurésies partielles.

Les inflammations pleurales circonscrites ne sont pas exceptionnelles; leur existence est connue, et leur description a été faite depuis longtemps (Andral).

Les épanchements limités peuvent occuper les différents points de la plèvre : la base, la région moyenne, ou le sommet; ils peuvent être situés en avant, ou en arrière. Quel que soit le siège de la pleurésie enkystée, on retrouve, mais seulement au point où le liquide est épanché, la plupart des signes physiques de la pleurésie, tandis que dans tout le reste du thorax ils font défaut. Ces épanchements localisés sont généralement peu abondants, mais parfois assez pour déterminer une voussure à leur niveau. Leur évolution est fréquemment lente et insidieuse.

Il existe parmi les pleurésies partielles des formes qui, par leur siège, par leurs symptômes particuliers, et par leur évolution, méritent une description spéciale, ce sont les pleurésies décrites sous le

nom de pleurésie *diaphragmatique*, pleurésie *interlobaire* et pleurésie *médiastine*. Nous désirons contribuer à l'étude de ces pleurésies partielles, en essayant de décrire un type peu connu : *la pleurésie du sommet*. Nous n'examinerons les autres formes de pleurésies, que pour mettre en relief les points communs qui pourraient exister, et qui peut-être dans certains cas prêteraient à la confusion.

Pleurésie diaphragmatique. — Cette localisation, depuis Laënnec, Andral, Guéneau de Mussy, etc., etc., est bien connue. Elle constitue un ensemble symptomatique assez caractérisé, dans lequel les troubles fonctionnels prennent le premier rang; la douleur est parfois très vive, avec une localisation précise sur le trajet du nerf diaphragmatique : points interscaléniens, intercostaux et bouton diaphragmatique. La dyspnée est souvent très marquée. Les symptômes physiques sont relégués au second plan. Une matité inférieure, de l'obscurité respiratoire, et l'abaissement des organes intra-abdominaux, s'il y a beaucoup de liquide, constituent les principaux signes.

Tantôt l'affection pleurale est aiguë, avec prédominance des symptômes fonctionnels, tantôt ceux-ci peuvent faire défaut : c'est la forme latente, atténuée.

Le liquide ne reste pas toujours localisé à la plèvre diaphragmatique, et ainsi que M. Merklen (1) vient

1. Merklen. *Presse médicale*, 2 février

de le montrer dans un cas récent il peut gagner la région antérieure, et remonter même dans la région supérieure de la poitrine, jusqu'au quatrième espace, pouvant par suite, par cette propagation antéro-supérieure et vers le médiastin, par le déplacement du cœur, si l'épanchement siège à gauche, affecter quelques points communs avec les autres épanchements partiels que nous allons décrire. Ce déplacement du cœur dans la marche ascendante de la pleurésie diaphragmatique est quelquefois considérable, et dans l'observation récemment publiée par M. Merklen, la pointe du cœur battait à droite du *mamelon* droit.

Pleurésie interlobaire. — La pleurésie interlobaire est presque toujours purulente; les symptômes généraux qui l'accompagnent peuvent être ceux d'une pleurésie totale, mais il n'en est pas de même des signes locaux qui peuvent complètement manquer au début. « Si la percussion fait constater un « son tympanique sur une zone oblique qui corres-
« pond à la scissure interlobaire, on sera autorisé à
« placer dans cette région interlobaire le foyer du
« travail inflammatoire » (1).

Lorsque l'épanchement est localisé dans le milieu de la scissure, la percussion ne donne que du son tympanique, mais si grâce à la déclivité de la scissure, l'épanchement descend vers la paroi costale dont il n'est plus séparé que par quelques millimètres,

1. *Archives de médecine*, 1879. Guéneau de Mussy.

quelquefois même il arrive au contact, on peut obtenir une zone de matité qui répond exactement à la scissure. Rochard (1) a montré l'importance de la connaissance exacte de ces scissures interlobaires dont il a nettement défini le siège par rapport à la paroi thoracique. C'est cette connaissance qui facilitera la recherche de symptômes peu accusés, et qu'il faut savoir dépister, car dans la plupart des cas relevés, nous voyons que la vomique a été le seul signe qui ait fait faire le diagnostic. Ajoutons que c'est la notion précise du siège de la scissure interlobaire par rapport à la paroi qui reste le seul guide de la résection et de la pneumotomie dans les cas où l'épanchement, bien qu'évident, n'a pu être démontré par des ponctions exploratrices répétées.

Nous avons cru devoir rappeler les principaux symptômes de cette forme de pleurésie, pour les rapprocher de ceux des formes suivantes. Ils nous seront utiles pour la discussion du diagnostic de la pleurésie du sommet.

Pleurésie médiastine. — Comme la variété précédente la pleurésie médiastine est presque toujours purulente, d'un diagnostic difficile, comme la pleurésie interlobaire, elle n'est de même le plus souvent diagnostiquée que par une vomique. Plus fréquent dans le médiastin antérieur que dans le médiastin postérieur, l'épanchement simule, et son siège l'explique, les symptômes d'une péricardite, se

1. Rochard. *Bulletin médical*, 1892.

caractérisant par des signes locaux tels qu'une matité antérieure s'élevant plus ou moins en haut et en dehors, et des signes fonctionnels tels qu'une angoisse vive, une respiration courte et saccadée. L'examen du cœur permet de voir que l'organe est non pas éloigné de la paroi thoracique, mais simplement déplacé. Il en est de même des autres organes du médiastin qui peuvent être, soit refoulés soit comprimés.

Remarquons que dans la pleurésie médiastine comme dans la pleurésie interlobaire, l'épanchement est généralement peu abondant, et que 200 à 300 grammes de liquide constituent une quantité considérable.

Si la pleurésie médiastine est non seulement antérieure, mais supérieure, c'est-à-dire assez haut, elle affecte dans ce cas des rapports intimes avec la pleurésie du sommet, et peut se confondre avec elle, (dans l'observation I c'est la pleurésie du sommet qui est devenue médiastine) ; ceci explique certains troubles communs à ces deux formes de pleurésies partielles, et qui sont sous la dépendance des rapports anatomiques.

Ces différentes formes de pleurésies localisées ont, comme on le voit, un certain nombre de caractères communs : *fréquence de la purulence*, qui est presque la règle ; *étiologie identique*, elles sont en effet le plus souvent causées, surtout chez l'enfant, par l'infection pneumococcique, plus ou moins modifiée, *quantité de liquide épanché*, générale-

ment peu considérable. Leur *marche*, non seulement le plus habituellement chronique mais latente, insidieuse, rend le diagnostic difficile, et nécessite un examen très précis. Enfin après une *évolution ignorée*, le diagnostic ne se fait souvent que par la vomique qui vient la terminer.

Ces principaux caractères de la pleurésie partielle, nous allons les retrouver dans les pleurésies localisées du sommet.

CHAPITRE II

Anatomie.

1. *Anatomie normale.* — La région supérieure du poumon, et le cul-de-sac supérieur de la plèvre sont décrits dans la plupart des ouvrages classiques d'une façon assez brève.

Le sommet du poumon, disent les auteurs, s'élève au-dessus de la première côte qui imprime souvent un sillon sur sa face antérieure. D'après Cruveilhier il dépasserait la cage thoracique de 3 centimètres, et dans certains cas de 5 centimètres. Braun et Stahel admettaient que le poumon droit s'élevait plus haut que le poumon gauche. Rudinger décrivait une disposition exactement inverse. Dans ces derniers temps, Sébilleau a repris dans plusieurs publications (Soc. anat. 1891. — *Démonstrations d'anatomie*, 1892.) l'étude de cette région, et notamment de l'appareil suspenseur de la plèvre qui avait déjà été signalé, en partie par Deville, Degrusse et Bourgery, mais mal interprété par ces auteurs.

Le cul-de-sac supérieur de la plèvre qui recouvre le sommet du poumon, est logé à la partie inférieure du creux sus-claviculaire, dans un espace limité en dedans par l'œsophage et la trachée, en arrière par la colonne vertébrale, en avant et en dehors par la première côte. Suivant les sujets, le cul-de-sac est très étendu en surface, ou au contraire « blotti » dans l'angle formé par la colonne vertébrale et la première côte. Quant à sa hauteur au-dessus de la partie antérieure de cette dernière, elle est très variable, mais estimée en général à 3 centimètres. Il n'y a pas de différence entre les deux côtés (Sébileau, Testut).

La calotte formée par la partie supérieure de la plèvre est maintenue par un système de faisceaux fibreux ou musculaires auxquels Sébileau donne le nom *d'appareil suspenseur de la plèvre*. Cet appareil se compose de deux faisceaux, confondus plus ou moins à leur extrémité antéro-inférieure, mais s'insérant en haut et en arrière en des points différents.

L'un de ces faisceaux (f. superficiel), plus souvent musculaire que fibreux, se détache du dôme pleural par quelques fibres de la première côte, et remonte se fixer au tubercule antérieur de la septième cervicale ; on l'appelle suivant sa constitution, ligament pleuro-transversaire, muscle transverso-pleural ou costo-pleuro-transversaire. Il est toujours placé en arrière de l'artère sous clavière, au devant de la dernière paire cervicale.

L'autre faisceau (f. profond) est toujours fibreux. Il se détache en haut de la première côte à 3 centimètres environ de son articulation avec la vertèbre, se porte en bas et en dehors, et se divise bientôt en deux faisceaux secondaires, l'un interne, l'autre externe. Le faisceau interne (ligament costo-pleural interne), se porte en bas un peu en dedans, pour s'étaler en éventail sur le cul-de-sac pleural en arrière du muscle pleuro-transversaire. D'autre part, le faisceau externe (ligament costo-pleural externe), à partir de son insertion costale, s'épanouit rapidement, de sorte que ses fibres externes vont s'implanter sur le bord interne de la première côte, ses fibres interne sur le dôme pleural, à côté de celles du ligament costo-pleural interne. Sébilleau ajoute au muscle pleuro-transversaire et aux ligaments costo-pleuraux, un troisième système ligamenteux : *le ligament vertébro-pleural* qui, se détachant des corps vertébraux des dernières vertèbres cervicales, va s'insérer sur le côté interne et supérieur du cul-de-sac pleural. Suivant que cet appareil suspenseur s'insère au sommet du dôme pleural, ou sur son versant antérieur, la calotte présente une convexité plus ou moins marquée. On s'explique ainsi que suivant les cas, la plèvre déborde le thorax dans des proportions différentes, et que tantôt l'artère sous-clavière passe au-dessus du dôme pleural en y marquant son empreinte, tantôt croise seulement sa face antérieure.

Le ligament vertébro-pleural forme avec le mus-

cle ou le ligament pleuro-transversaire, une sorte de fossette, située en haut et en arrière du cul-de-sac pleural. Les parois de cette fosse, dite *fosse sus-rétro-pleurale*, sont formées par la bandelette vertébro-pleurale en dedans, le muscle pleuro-transversaire en dehors, en arrière par l'extrémité postérieure des deux premières côtes et la colonne vertébrale, en avant par la paroi postérieure du dôme pleural. Ce creux est rempli par du tissu cellulo-adipeux au milieu duquel sont logés plusieurs ganglions lymphatiques peu volumineux. L'artère intercostale supérieure le traverse, et quelquefois l'artère sous-clavière. Enfin, on y trouve toujours le troisième ganglion cervical du sympathique et ses branches anastomotiques (Sébileau).

Ces détails anatomiques, sur lesquels nous avons insisté peut-être un peu longuement, ne nous paraissent pas superflus, car la présence d'un épanchement dans le cul de-sac supérieur de la plèvre, doit modifier les rapports des diverses parties de cette région.

L'appareil ligamenteux s'oppose-t-il à l'expansion du dôme pleural dans la région sus-claviculaire ? Sinon, il doit être possible d'obtenir au-dessus de la clavicule une matité, et peut-être des signes stéthoscopiques spéciaux. De même, la réplétion du cul-de-sac pleural pourra sans doute exercer une compression sur les gros vaisseaux, artères et veines sous-clavières dont nous avons vu les rapports intimes avec la plèvre.

La dernière paire cervicale passe immédiatement en arrière du muscle pleuro-transversaire et non loin de la plèvre, de même que la première dorsale se glisse entre les deux ligaments costo-pleuraux. Ne pourront-ils également être irrités ou comprimés par la déformation du dôme pleural.

Enfin, les nombreux organes que loge la fosse sus-rétro-pleurale seront, plus encore que les précédents, exposés à des altérations diverses, dans le cas d'épanchements abondants du sommet de la plèvre. et l'on conçoit la possibilité de phénomènes nerveux, et particulièrement de troubles oculo-pupillaires, si le ganglion sympathique vient à être irrité.

Il ne serait pas impossible non plus que les ganglions lymphatiques si intimement accolés à la région postérieure du dôme pleural, de même l'œsophage et la trachée dont nous connaissons les rapports étroits avec le sommet de la plèvre en dedans, ne devinssent à l'occasion d'une inflammation ou d'une altération quelconque, la cause d'un épanchement plus ou moins limité.

En somme, la constitution anatomique de la région du cul-de-sac pleural supérieur nous paraît pouvoir autoriser la recherche de symptômes spéciaux dans la pleurésie du sommet, plus encore que dans la pneumonie, expliquer certains accidents anormaux au cours des pleurésies, et commander au point de vue opératoire, certaines précautions.

II.— *Anatomie pathologique.* — L'anatomie patho

logique de la pleurésie purulente du sommet ne s'écarte pas, d'une façon générale, de celle des autres localisations de l'épanchement. Les caractères du pus, les lésions de la plèvre et du voisinage, dépendent de l'agent microbien en cause. C'est ainsi que dans la pleurésie à streptocoques le pus est grisâtre, sans cohésion à cause du peu de fibrine qu'il renferme. Dans la pleurésie à pneumocoques au contraire on trouve du pus verdâtre, épais, visqueux et riche en fibrine. Ce sont ces caractères que nous avons relevés dans l'observation I.

La plèvre est généralement profondément altérée, recouverte de fausses membranes qui en augmentent considérablement l'épaisseur. Ces lésions peuvent être limitées en certains points, que l'inflammation soit restée localisée, ou que des adhérences anciennes aient protégé par une sorte de barrière, le reste de la cavité séreuse. C'est ainsi que s'explique la production de ces pleurésies partielles qui, font le sujet de cette étude. La partie correspondante du poumon subit alors des modifications qui dans la pleurésie du sommet peuvent prendre une disposition spéciale.

Le poumon peut être refoulé en arrière, ou en dedans, ou en avant; dans les cas que nous avons relevés, il est déplacé en arrière (Obs. I), en dedans (Obs. III), enfin il peut être entouré de tous les côtés par le pus, qui coiffe pour ainsi dire sa partie supérieure (Obs. II).

Refoulé et comprimé, transformé en un bloc solide

traversé par des bronches déformées, il peut donner à l'auscultation des signes particuliers, qui à ce niveau, et dans cette région prennent une importance considérable au point de vue du diagnostic et du pronostic (Obs. I).

La quantité de liquide, tant que l'épanchement reste localisé au sommet, n'est jamais abondante, mais elle peut augmenter si, abandonnée à elle-même, la pleurésie s'étend vers le médiastin (Obs. I).

Nul doute que l'extension de l'épanchement à la grande cavité pleurale ne puisse se faire, mais nous tenons à noter surtout cette propagation au médiastin.

L'exposé de l'anatomie normale de la région du sommet de la plèvre, l'étude de la marche de l'épanchement et de la situation que peut occuper le poumon, permettront de se mieux rendre compte des symptômes observés.

CHAPITRE III

Pleurésie du sommet.

Symptômes physiques. — Les symptômes physiques diffèrent peu de ceux que l'on trouve dans tout épanchement pleural.

Inspection. — Dans le cas d'épanchement antérieur, on constate une voussure sous-claviculaire plus ou moins marquée qui, partant de la clavicule en haut, répond aux premiers espaces intercostaux (3 ou 4 premiers) ; ceux-ci ne présentent plus leur dépression normale, ils sont effacés, ils peuvent même être saillants.

Toutefois la déformation du thorax n'est pas très marquée, et l'axe du sternum peu dévié, ce qui tient à la situation élevée de l'épanchement.

Cependant la palpation bimanuelle permet de constater l'augmentation de volume du sommet de la poitrine du côté malade. De plus, on peut remarquer que le réseau veineux superficiel de cette région du thorax est anormalement développé. De

même, on trouve souvent un certain degré d'œdème qui, dans ce cas serait plus précoce, plusieurs causes entrant en jeu.

Palpation. — On constate, suivant la règle, la disparition des vibrations au niveau de l'épanchement; d'autre part les vibrations peuvent être augmentées au niveau du poumon condensé, lorsque celui-ci est refoulé dans un point accessible à l'exploration, c'est-à-dire, en avant ou en arrière.

Cette exagération des vibrations peut être constatée, même chez un enfant de 7 à 8 ans (Obs. I).

La fluctuation intercostale de Tarral peut être obtenue là, comme en tout autre épanchement pleural lorsqu'il est en rapport avec la paroi costale; il n'en est pas de même de la fluctuation vibratoire de Tripier, qui à ce niveau ne peut être cherchée, et qui du reste, nécessite pour se produire, une quantité de liquide assez considérable, un litre environ.

Percussion. — La sonorité normale a été remplacée progressivement par la matité au niveau de la voussure. Cette matité s'étend depuis la clavicule en haut, jusqu'à la quatrième côte, ou jusqu'au quatrième espace intercostal en bas; en dedans elle s'arrête au sternum, en dehors elle répond à la région axillaire. Ces limites n'ont du reste rien d'absolu, et varient avec la quantité du liquide contenu dans la plèvre.

Quand la pleurésie siège du côté gauche, la matité se confond avec la matité cardiaque; mais étant donné que l'épanchement occupe la région

sus-mammaire, l'espace de Traube a conservé sa sonorité normale.

Dans le reste du lobe supérieur, là où les vibrations sont non seulement conservées, mais exagérées, la percussion donne, soit une élévation de la tonalité, soit de la submatité, soit même de la matité, ce qui est en rapport avec la quantité de liquide, et avec l'état du poumon qui est plus ou moins condensé, par suite de sa compression. La matité peut occuper tout le lobe supérieur en avant et en arrière, dans le cas où le poumon est refoulé en haut et en dedans contre le médiastin (Obs. III).

La matité existe donc là où on est accoutumé à rechercher le skodisme dans les épanchements de la grande cavité pleurale, c'est-à-dire sous la clavicule, et les limites de cette zone tympanique qui ne dépasse pas la quatrième côte (Woillez), répondent à peu près exactement à celle de la matité dans le cas actuel.

Auscultation. — La respiration est affaiblie sur une étendue variable avec l'épanchement, elle peut même être complètement abolie dans tout le lobe supérieur. Comme nous l'avons dit plus haut, les signes stéthoscopiques varient avec le siège du poumon déplacé. Si le poumon est refoulé en haut et en dedans, l'obscurité du son est absolue, si au contraire il est repoussé en arrière, même dans les cas d'épanchement abondant, on peut entendre à ce niveau un souffle bronchique dû, soit à la condensation du poumon comprimé par le liquide, soit à

l'induration du parenchyme pulmonaire. De plus, ce bruit bronchique est transmis en avant à travers le liquide, avec un timbre particulier, un peu voilé. Il ne sera pas rare d'entendre à ce niveau quelques râles, ou plus superficiellement des frottements (Obs. I). L'égophonie et la pectoriloquie aphone n'ont pas ici une signification spéciale.

Symptômes généraux et fonctionnels. — Le faciès du malade est altéré, pâle, terreux, comme dans tout empyème, sauf le cas où la pleurésie est contemporaine de la pneumonie (Obs. II) ; l'angoisse est vive, et hors de proportion avec la quantité de liquide épanché. En effet, comme nous l'avons vu, le sommet du poumon affecte des rapports anatomiques très importants avec le médiastin, et les organes qui y sont contenus. Les symptômes qui en découlent, sont sous la dépendance du siège de l'épanchement, et ils acquièrent une intensité toute particulière lorsque le liquide occupe le médiastin. Nous étudierons successivement les différents troubles qui peuvent être observés.

Troubles circulatoires. — Lorsque l'épanchement siège à gauche, le cœur peut être dévié, encore faut-il que cet épanchement soit assez abondant. On constate les signes habituels du déplacement du cœur dont le fonctionnement est entravé, une augmentation de la gêne respiratoire, de la cyanose, des palpitations, la syncope, tous faits bien connus. Il peut y avoir compression des gros troncs vasculaires de la base du cœur ; la compression de la veine cave

supérieure est possible, et on sait que quelques auteurs ont attribué à la gêne de sa circulation, la mort subite dans la pleurésie. La gêne de la circulation veineuse se caractérise par une augmentation de la circulation superficielle de la paroi thoracique, qui existe fréquemment dans la pleurésie quel qu'en soit le siège, mais qui dans la pleurésie du sommet reconnaît une autre cause, et peut présenter un intérêt tout particulier. Cette entrave à la circulation en retour, nous l'avons retrouvée chez notre malade (Obs. I), dont l'aspect bouffi de la face et du cou nous avait frappé chez un enfant très amaigri, et nous avons également noté quelques traces d'œdème fugace du bras gauche, fait que nous trouvons également relevé dans l'observation d'Andral (Ob. III); la constatation faite à l'autopsie a toutefois moins de valeur.

La circulation artérielle peut également être gênée dans le cours d'une pleurésie du sommet. Nous trouvons en effet constatée la disparition presque complète du pouls du côté gauche, dans un cas de pleurésie du médiastin supérieur que nous rapprochons de notre description, et qui pourrait être décrite sous le nom de pleurésie du sommet avec propagation au médiastin. (1)

Troubles nerveux. — En dehors des troubles nerveux qui peuvent accompagner un état général gra-

1. Vélimirovitch. Thèse de Paris, 1892. *Pleurésies médiastines chez l'enfant.*

ve, et qui, dans la forme aiguë de la pleurésie purulente du sommet revêtent parfois une grande intensité (Observ. II), il existe, dépendant du siège de l'épanchement, quelques signes d'ordre local. Telles sont la compression du troisième ganglion cervical du sympathique et la production de troubles pupillaires, ou la compression de la cinquième paire cervicale et de la première dorsale, troncs nerveux que nous avons vus en rapport avec le sommet de la plèvre, et dont la compression ou l'irritation déterminent des fourmillements ou des phénomènes douloureux du côté du membre supérieur. Dans l'observation II, nous avons vu relatés des troubles moteurs du côté du bras.

Marche et Terminaison. Complications. — Quel que soit le siège de la pleurésie purulente, l'évolution ne peut être étudiée à un point de vue général, car elle dépend de la nature bactériologique de l'affection. Il en est de même pour la pleurésie du sommet; cependant on peut dire que la marche est aiguë, subaiguë, ou chronique. Nous l'avons vu suraiguë dans l'observation II et chronique dans l'observation I. Ce dernier mode, qui est le propre des pleurésies partielles, doit être considéré comme plus fréquent dans le cas qui nous occupe.

Quant à l'évolution de l'épanchement en lui-même, nous notons la possibilité d'une pleurésie d'abord bien localisée au sommet, et qui ensuite tend à envahir le médiastin, s'accompagnant par

suite de toutes les conséquences de la pleurésie médiastine, compressions, déplacements d'organes essentiels, et troubles consécutifs pouvant entraîner la mort.

Nous avons vu que les pleurésies partielles, et cela même à cause de leur évolution lente et insidieuse, se terminaient fréquemment par une vomique ; la pleurésie du sommet peut sous ce rapport en être encore rapprochée. Cependant celle-ci, de par son siège, est moins facilement supportée, ce que nous avons établi en étudiant les symptômes fonctionnels, et d'autre part plus facilement accessible à l'exploration et à l'intervention. Un diagnostic précoce permettra d'intervenir en temps utile.

Nous avons déjà signalé les quelques complications qui peuvent survenir dans le cours d'une pleurésie du sommet, nous ajouterons que, comme conséquences éloignées, le poumon, fixé au sommet de la poitrine par de solides adhérences, ne reprendra souvent plus son volume normal après l'évacuation du liquide, et que longtemps comprimé et mal nourri, il pourra devenir un terrain favorable au développement du bacille de Koch.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Les symptômes de la pleurésie purulente du sommet ne présentent pas, comme nous l'avons vu, des caractères bien tranchés. C'est surtout en s'appuyant sur l'évolution des accidents, la marche de la maladie, que l'on sera le plus souvent amené à faire le diagnostic de l'épanchement limité au cul-de-sac supérieur, diagnostic qui ne sera rigoureusement posé qu'après une ponction exploratrice. Il y a cependant un certain nombre de symptômes fonctionnels et physiques qui, par leur réunion, et leur valeur respective donneront de grandes probabilités à défaut de certitude. Enfin la pleurésie du sommet doit être le plus souvent secondaire comme le prouvent nos observations; dans ce cas la notion d'une maladie antérieure susceptible de déterminer un épanchement (pneumonie, tuberculose, abcès du médiastin), sera d'une grande importance. Si l'affection était primitive le diagnostic en serait rendu plus délicat.

La *pleurésie primitive* serait difficilement distin-

guée d'une *pneumonie du sommet*; celle-ci s'annonce rarement par des symptômes bien marqués; le point de côté, l'expectoration l'élévation brusque de la température font ordinairement défaut. Les signes physiques sont parfois d'une constatation difficile, ou tardent à se montrer. L'attention est attirée surtout par les modifications de l'état général; le délire, la dyspnée. Ces phénomènes peuvent, il est vrai, se rencontrer également dans la pleurésie et ne sont nullement caractéristiques.

La maladie une fois arrivée à la période d'état, devient plus aisée à diagnostiquer. La pleurésie détermine une saillie des espaces intercostaux et une circulation veineuse collatérale qui n'existent pas dans la pneumonie. A la palpation, les vibrations thoraciques sont exagérées dans celle-ci, abolies dans la pleurésie. La percussion donne dans les deux cas de la matité; toutefois la pleurésie n'étant pas toujours généralisée au sommet, mais localisée à la région antéro-supérieure, ou supéro-interne, la portion de poumon refoulée le long de la colonne vertébrale ou contre la paroi thoracique, donnera une submatité, ou peut-être un son skodique dans la fosse sus-épineuse.

Enfin, l'auscultation décèlera, tantôt une absence complète du murmure vésiculaire (pleurésie généralisée du sommet), ou bien un souffle (pleurésie partielle avec condensation pulmonaire et refoulement du poumon en arrière). Mais ce souffle sera toujours distinct du souffle tubaire dont il diffère par son

timbre élevé, son apparition à l'expiration, et l'absence de râles autour de la zone où on le perçoit. En somme ces différents signes donneront des indications suffisantes pour le diagnostic de ces deux maladies, et justifier la ponction exploratrice qui viendra confirmer l'existence de l'épanchement.

La pneumonie aiguë écartée, il est assez facile d'éliminer les autres affections qui pourraient être confondues avec la pleurésie du sommet. La *pneumonie chronique*, la *sclérose pulmonaire*, consécutives surtout à la pneumonie grippale, pourraient en imposer un instant pour une pleurésie. Souvent l'état général est mauvais, il y a de la dyspnée, on constate de la matité, des vibrations à peine sensibles, une respiration soufflante, et les commémoratifs pourraient faire penser à un épanchement métapneumonique. Mais la fièvre est toujours plus élevée dans la pleurésie purulente, la matité est absolue, les vibrations sont complètement abolies, le murmure respiratoire a disparu, ou bien le souffle est expiratoire, accompagné de pectoriloquie et d'égophonie.

L'*abcès du poumon* consécutif à une pneumonie ou une broncho-pneumonie grippale, serait d'un diagnostic plus délicat. Mais si l'état fébrile, la matité, la diminution du murmure respiratoire pouvaient faire hésiter le diagnostic, l'apparition d'une vomique viendrait montrer la nature de l'affection. En effet, si la vomique était consécutive à une pleurésie purulente du sommet, elle s'accompagnerait

très vraisemblablement d'un pneumothorax dont les signes deviendraient évidents. Au contraire l'abcès du poumon, en se vidant dans les bronches, permet le retour à l'état presque normal.

En présence d'une pleurésie du sommet, on pourrait songer à la *tuberculose*. En effet, dans le cas de pleurésie partielle du sommet, nous avons vu qu'il y a matité sous la clavicule, absence de respiration, et souffle dans la fosse sus-épineuse. Ces signes pourraient être attribués à une caverne pulmonaire. Mais cette dernière sera différenciée par l'exagération des vibrations thoraciques, les modifications des signes stéthoscopiques suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la caverne (gargouillement, souffle).

A un degré avancé, la tuberculose sera donc aisément différenciée; à une période plus rapprochée du début on peut avoir un ensemble de symptômes cliniques fort embarrassants. On constate chez un enfant par exemple un amaigrissement prononcé, un état fébrile continu, avec exacerbation vespérale; on apprend que quelques jours, quelques semaines auparavant, la fièvre a été plus vive, l'état général plus mauvais. Actuellement le malade tousse, se plaint d'une douleur vague au sommet du poumon, surtout à la percussion qui révèle de la matité sous la clavicule ou dans la fosse sus-épineuse. La respiration s'entend à peine en avant, et on ne perçoit guère que quelques râles secs, sous crépitants, de temps en temps; en arrière, les signes sont à peu

près les mêmes, mais en se rapprochant de la colonne vertébrale, on entend un souffle de tonalité élevée, surtout accentué à l'expiration. Ces symptômes pourraient faire penser à une *tuberculose au début*, s'accompagnant d'adénopathie trachéo-bronchique, alors qu'ils seraient l'indice d'un épanchement moyen, refoulant le sommet du poumon en arrière ; celui-ci donnerait lieu au souffle, tandis que à la limite de l'épanchement, le parenchyme pulmonaire un peu congestionné, laisse percevoir de temps en temps quelques râles sous crépitants. Le diagnostic sera donc fort difficile, et bien souvent, ne s'appuiera que sur des signes concomitants (expectoration antécédents tuberculeux etc). Toutefois, il peut exister quelques indications qui précisent la nature de la maladie : les vibrations thoraciques sont conservées dans la tuberculose, et abolies dans la pleurésie. Celle-ci offre de la pectoriloquie, de l'égophonie qui manquent dans la tuberculose. Mais cette dernière se distingue encore par la résonnance de la voix et de la toux, qui ne sont pas transmises par l'épanchement. Enfin, à l'auscultation, la tuberculose présente toujours des râles plus abondants sous l'oreille lorsqu'on provoque la toux. D'autre part, le souffle qu'on peut rencontrer et attribuer à l'adénopathie bronchique, se distingue de celui de la pleurésie parce qu'il est localisé en arrière, et s'entend d'autant mieux que l'oreille se rapproche de la colonne vertébrale, tandis que celui de l'épanchement s'entend fréquemment aussi en avant, et dans tout le sommet

Il serait même intéressant de rechercher si ce souffle ne se propagerait pas dans le triangle sus claviculaire en suivant l'appareil ligamenteux suspenseur de la plèvre, et si le stéthoscope en le décelant ne donnerait pas une indication diagnostique très précise.

Telles sont les différentes affections du sommet qui doivent être examinées au point de vue d'un diagnostic différentiel avec la pleurésie du sommet. Nous avons vu également sur quelles bases le diagnostic positif s'établissait, il nous reste maintenant, pour en avoir fini avec la question du diagnostic, à dire quelques mots sur des causes moins fréquentes d'erreur, mais qui cependant peuvent être produites par des affections de voisinage.

Dans la forme envahissante de la pleurésie partielle du côté gauche, on peut rencontrer un ensemble de signes qui peuvent tout d'abord faire penser à une *péricardite*.

En effet dans cette forme de pleurésie, l'angoisse et l'anxiété peuvent être très vives, la douleur sur le trajet du nerf phrénique peut exister ainsi que les irradiations au bras gauche; des symptômes cardiaques existent; de plus il peut y avoir des modifications du pouls. Mais un examen attentif du cœur montrera que cet organe est non pas repoussé en arrière comme dans l'épanchement péricardique, mais déplacé latéralement; en examinant le pouls, on verra que s'il est modifié, ce n'est que d'un seul côté; en explorant la plèvre avec soin, et en

limitant la zone de matité, toute hésitation ne tardera pas à disparaître.

La pleurésie purulente du sommet peut-elle être confondue avec d'autres formes d'épanchement localisé ? Nous ne le pensons pas. Cependant quelques cas particuliers peuvent se présenter. Ainsi l'épanchement ne restant plus cantonné au point où il était primitivement, a pu s'étendre et dépasser plus ou moins ses limites habituelles.

C'est ainsi que nous avons vu la pleurésie *diaphragmatique* devenir antérieure (1) et monter jusqu'au quatrième espace intercostal; nous n'insisterons pas sur cette forme.

La *pleurésie médiastine* mérite de nous arrêter un instant; elle affecte en effet des rapports intimes avec la pleurésie du sommet, celle-ci peut s'étendre au médiastin (Obs. I); d'autre part, la pleurésie du médiastin supérieur pourrait être rattachée, dans une certaine mesure, à la pleurésie du sommet. Mais ces deux types méritent d'être décrits séparément. Le skodisme sous la clavicule, la prédominance des symptômes fonctionnels et le déplacement du cœur, sont les signes propres à la pleurésie médiastine. Les symptômes physiques sont plus caractérisés dans la pleurésie du sommet, et occupent un siège tout autre. Il est cependant des formes *mixtes* où la distinction de siège est impossible.

1. Merklen, *loc. cit.*

La *pleurésie interlobaire* et la pleurésie du sommet appartiennent toutes les deux à la zone élevée du poumon. Mais il sera facile dans la plupart des cas de les différencier. La pleurésie interlobaire a surtout peu de symptômes physiques, l'épanchement est profond, et lorsqu'il est éloigné de la paroi costale, une lame pulmonaire s'interposant entre l'épanchement et l'oreille, donne lieu à des signes particuliers. La pleurésie interlobaire, cependant, se caractérise au point de vue plessimétrique par une zone de matité répondant à la scissure interlobaire et de direction plus ou moins oblique en bas, et en avant, séparant deux régions où la sonorité existe; de plus le skodisme sous-claviculaire est fréquent. Ces signes sont bien différents de ceux que nous avons décrits dans la pleurésie du sommet; nous ne croyons pas utile d'insister davantage.

CHAPITRE V

Traitement.

Nous ne voulons pas refaire ici le traitement de la pleurésie purulente qui est maintenant bien établi, mais notre intention est de relever les grandes lignes qui dirigent la conduite du médecin devant un épanchement purulent, quel que soit son siège. Ceci nous semble utile, avant d'examiner les quelques indications spéciales au traitement de la pleurésie du sommet.

L'opération de l'empyème était autrefois considérée comme très grave, mais avec les progrès de la chirurgie antiseptique, l'opinion changea bientôt sur les conséquences de la pleurotomie qui, largement faite était considérée comme la seule intervention assurant un nettoyage complet de la cavité pleurale.

Les grands reproches que l'on pouvait faire à cette méthode tombaient devant l'asepsie opératoire et l'antiseptie des pansements. Mais avec l'introduc-

tion de la bactériologie dans le domaine de la pathologie de la plèvre, les conditions du traitement de la pleurésie purulente se trouvèrent modifiées (1).

La bactériologie permit d'établir que les pleurésies purulentes doivent être divisées en plusieurs espèces dues chacune à un microorganisme particulier, et M. Netter montra que si le microorganisme en cause est le streptocoque, le staphylocoque, le bacille d'Eberth ou autres moins communs, la pleurotomie est indiquée.

Dans le cas où le pneumocoque existe seul dans l'épanchement, la thoracentèse peut suffire en la répétant trois ou quatre fois s'il le faut. Cette opinion est à l'heure actuelle généralement adoptée bien que, nous semble-t-il, il y ait une tendance à revenir vers une pleurotomie précoce.

Cette règle de conduite se trouve-t-elle modifiée dans le cas de pleurésie purulente du sommet? Nous pensons qu'elle doit l'être en effet, et qu'il y a dans ce cas des *indications particulières*. Le traitement doit-être plus particulièrement précoce, quel que soit le microorganisme en cause. Les indications d'une intervention rapide seront basées sur l'état général, sur l'intensité non-seulement des phénomènes généraux, mais aussi des symptômes fonctionnels que nous avons exposés. Ces troubles, comme nous l'avons vu, peuvent acquérir un développement tel qu'ils mettent la vie du malade en danger. Il y a donc

(1) Netter. Soc. méd. des Hôpitaux, 11 janvier, 1899.

indication formelle à l'évacuation rapide du pus, et c'est à la pleurotomie que l'on aura recours, dans ces cas particulièrement graves.

Cependant, si l'épanchement est nettement limité au sommet, s'il n'y a pas de retentissement du côté des organes du médiastin, si l'examen bactériologique, a montré la présence exclusive du pneumocoque l'évacuation du liquide pourra être tentée par la thoracenthèse (1). Nous avons vu que la thoracenthèse a été insuffisante chez le malade de l'observation I, et que la gravité des symptômes généraux nécessitèrent la pleurotomie.

Le *manuel opératoire* présente dans cette région de la poitrine quelques particularités que nous allons exposer.

Nous dirons peu de chose de la *thoracenthèse*; nous pensons que la ponction peut être pratiquée dans les deux ou trois premiers espaces intercostaux, et qu'elle doit être, dans cette importante région du sommet, faite avec beaucoup de précaution.

Quant à la *pleurotomie*, elle a dû être bien rarement pratiquée dans cette région supérieure. Nous avons dit qu'une de ses principales indications était un épanchement considérable; dans ce cas la poche est accessible dans le quatrième espace, et c'est à

1. Un cas de guérison par la thoracenthèse sous claviculaire dans une pleurésie purulente localisée au sommet (Communication orale de M. Bergeron, membre de l'Académie de Médecine).

ce niveau que l'opération fut pratiquée chez le malade de l'observation I.

Nous n'entrerons pas dans les détails du manuel opératoire, nous nous contenterons de rappeler qu'à ce niveau, la paroi thoracique est doublée en avant par le grand pectoral dont il faudra écarter les fibres pour atteindre l'espace intercostal.

Difficile dans la partie la plus supérieure de la région axillaire, la pleurotomie sera impossible en arrière.

Nous rappellerons aussi que la mobilité et l'élasticité des côtes est moindre dans la région supérieure du thorax. Ces considérations anatomiques entraînent certaines conséquences; chez les jeunes enfants il sera souvent nécessaire de faire la résection costale pour avoir une ouverture suffisante. D'autre part, la paroi aura peu de tendance à l'affaissement dans le cas d'épanchement chronique avec dilatation incomplète du pœumon; de là possibilité de persistance de fistules.

Nous retrouverons là encore, une indication d'intervention précoce et suffisante.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. Moizard. Hôpital des Enfants-Malades.

M.. Edouard, âgé de 8 ans, entré le 5 janvier 1892, salle Henri Roger, n° 2. Les antécédents morbides de cet enfant ne sont pas très chargés ; nous trouvons cependant dès les premiers temps de la vie une alimentation vicieuse, et une mauvaise hygiène qui avait tout d'abord retenti sur son développement. Né à terme, l'enfant ne fut pas élevé au sein, mais envoyé en nourrice, il fut nourri au biberon et mal soigné. Vers l'âge de 6 mois il eut, nous dit la mère, une entérite grave. A l'âge d'un an il fit une seconde maladie, une fluxion de poitrine, qui n'eut pas de suites prolongées. Depuis, à part une angine légère, l'enfant n'a plus été malade, et sans être très fort, c'est un enfant généralement bien portant.

Du côté des parents nous ne trouvons rien de bien particulier à signaler, le père et la mère sont d'une bonne santé ; cependant

dans la famille de la mère il y aurait quelques tousseurs. La mère a eu deux autres enfants, une fille hydrocéphale, morte à quelques jours, et une autre actuellement bien portante.

Le début de l'affection présentée par l'enfant semble avoir été très brusque. En pleine santé, et sans avoir paru éprouver de symptômes prodromiques, l'enfant fut pris au réveil d'un point de côté gauche très violent en même temps qu'il éprouvait un grand malaise s'accompagnant de céphalée et de fièvre intense. Un médecin fut consulté, et porta le diagnostic de fluxion de poitrine. Après 10 à 12 jours les phénomènes aigus s'amendèrent, mais l'enfant n'entraîna pas franchement en convalescence. Obligé de garder le lit, il était triste, refusait de jouer et lorsqu'il s'agitait un peu éprouvait une certaine gêne respiratoire.

Un médecin de nouveau consulté porta le diagnostic d'épanchement pleural sans cependant l'affirmer.

Les particularités des signes physiques que nous avons observées rendent compte des réserves faites par le médecin à un premier examen.

L'état général s'aggrave, l'enfant perd l'appétit, pâlit, maigrit rapidement : les parents se décident à l'amener à l'hôpital.

Tels sont les renseignements fournis par la mère.

Examen le 5 janvier. — L'enfant est couché sur le côté gauche, et il est établi d'après les commémoratifs que c'est sa position habituelle depuis quelques jours ; le regard est sans expression, et il semble indifférent à ce qui se passe autour de lui ; c'est à peine s'il répond aux questions qu'on lui pose, il faut pour cela une insistance toute particulière.

La face est pâle, bouffie, et nettement enflée, la peau sur le reste du corps est sèche et rugueuse. L'enfant de plus est très amaigri et présente l'aspect d'un cachectique confirmé.

En faisant asseoir l'enfant, nous remarquons une légère angoisse, avec accélération de la respiration.

Le « décubitus diagonal » (Andral) et les modifications de la respiration avec les changements de position de l'enfant attirent notre attention vers les organes thoraciques, et spécialement vers l'appareil respiratoire.

Voici les signes que l'examen méthodique nous permettent de constater.

Inspection. — Le thorax est légèrement asymétrique, la colonne vertébrale est un peu fléchie vers le côté gauche. Les renseignements pris nous permettent d'établir que ce léger degré de scoliose n'existait pas avant le début de l'affection.

Le côté gauche présente de plus des modifications très importantes. Une rétraction très légère en arrière et sur le côté, plus particulièrement au-dessous de l'omoplate.

En avant, au contraire, dans la partie la plus supérieure du thorax et répondant aux quatre premières côtes, on constate une voussure manifeste. La direction du sternum n'est pas sensiblement modifiée, cependant nous retrouvons à un certain degré le « signe du cordeau » (Pitres); l'extrémité inférieure du sternum est un peu portée vers la gauche. Quant à la mensuration du thorax, elle ne nous donne que des renseignements peu précis, il n'y a que très peu de différence entre les deux côtés, mais renseignements pris, l'enfant aurait toujours eu le côté gauche moins développé que le côté droit. La circulation veineuse superficielle est notablement augmentée et plus nettement du côté gauche.

Palpation. — La palpation nous permet de mieux analyser la voussure antérieure au niveau de laquelle on éprouve à un léger degré une sensation de tension particulière. Les espaces intercostaux à ce niveau semblent se déprimer moins facilement que du côté opposé. On constate également que le cœur est à peu près à sa place, cependant la pointe bat un peu en dedans du mamelon. La palpation nous permet de constater un signe d'une grande

valeur : une modification considérable des vibrations thoraciques. En effet, en arrière dans toute la partie correspondant au lobe supérieur, on constate une augmentation considérable des vibrations qui est des plus caractérisée au niveau de la partie moyenne.

Plus bas, au contraire, les vibrations sont peu perceptibles, normales on peut dire, étant donné que l'examen porte sur un enfant. En tout cas la sensation est à peu près la même que celle que l'on perçoit du côté sain. En avant et en haut, fait bien caractéristique, il y a une abolition complète des vibrations jusque sous la clavicule.

Percussion. — En arrière, on constate de la matité au niveau de toute la moitié supérieure du côté gauche, puis progressivement en percutant de haut en bas on voit la sonorité revenir et être presque normale, bien que d'une tonalité un peu plus élevée que du côté opposé. Ce que nous constatons au niveau du lobe supérieur nous le retrouvons dans l'aisselle.

En avant nous trouvons une matité absolue « *tanquam percussi femoris* », et l'impression perçue par le doigt est différente de ce que nous éprouvons en arrière ; ici l'élasticité a totalement disparu. Cette zone de matité commence sous la clavicule et s'étend jusqu'au quatrième espace intercostal ; plus bas on retrouve un peu de sonorité qui ne tarde pas à se confondre avec le tympanisme stomacal, l'espace de Traube n'étant nullement diminué.

Auscultation. — En arrière dans tout le lobe supérieur la respiration est bronchique, rude ; le maximum occupe l'angle de l'omoplate, à ce niveau on entend un souffle tubaire, intense, très rude. De plus et ceci est beaucoup plus net quand l'enfant tousse, on perçoit en ce point de nombreux râles gros, et presque à caractère humide. Ajoutons à cela quelques bruits superficiels probablement d'origine pleurale.

La toux et la voix ont un retentissement exagéré, la broncho-

phonie est manifeste et il y a même un léger degré de pectoriloquie.

En bas le souffle s'atténue progressivement, et dans le tiers inférieur du poumon le murmure vésiculaire s'entend, bien qu'atténué.

En avant, la respiration a disparu, on ne perçoit qu'un souffle bien différent du bruit bronchique que l'on entend en arrière ; ce souffle lointain à timbre beaucoup plus doux est peut-être la propagation du souffle postérieur. — Il en est de même dans la région axillaire.

Dans la région antéro-latérale, ce qui domine c'est l'obscurité ; pas d'égophonie, pas de pectoriloquie.

L'examen du poumon droit est absolument négatif, à part une respiration un peu supplémentaire peut-être.

Le sommet est parfaitement sain, la percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe morbide.

Le nombre des respirations est de 30 à 32 par minute lorsque l'enfant est au repos.

La toux est fréquente, mais surtout un peu grasse, parfois quinteuse, mais non douloureuse ; elle ne se présente pas avec les caractères de la toux dans la pleurésie.

L'expectoration est nulle et il ne peut être pratiqué d'examen des crachats au point de vue de la recherche du bacille de Koch. Une seule fois l'enfant eut quelques crachats muco-purulents, disposés en filaments au milieu d'une expectoration un peu aérée et filante. Nous n'avons pas retrouvé là des caractères suffisants pour affirmer les symptômes d'une tuberculose.

L'examen des autres organes est négatif. Les bruits du cœur sont normaux, mais comme nous l'avons dit la pointe bat légèrement en dedans du mamelon. Rien de particulier dans l'exploration de l'abdomen ; le foie et la rate sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La recherche

de l'albumine fut faite avec le plus grand soin et à plusieurs reprises. Il y avait en effet une bouffissure de la face, très manifeste, sans qu'on pût dire que l'on eût affaire à de l'œdème vrai. Cette bouffissure descend un peu sur le cou, et le creux sus-claviculaire gauche est un peu moins accusé que le droit. Nous avons noté également un œdème fugace du bras gauche.

Du côté du tube digestif nous constatons un peu de diarrhée fétide.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes généraux, nous avons déjà signalé les phénomènes cachectiques que présente le malade.

La température, le soir de l'entrée, est normale, $37^{\circ},5$.

Le pouls un peu rapide donne 104 pulsations, il est faible et semble plus difficile à percevoir à gauche.

Le 7 janvier, trois ponctions exploratrices furent faites; les deux premières négatives: l'une au niveau de l'angle de l'omoplate, au point le plus mat de la région postérieure, l'autre dans le quatrième espace intercostal, sur la ligne axillaire; la troisième faite en avant dans la région sous-claviculaire, donna à peine une gouttelette de liquide louche, dans laquelle l'examen direct révéla la présence d'un diplocoque encapsulé.

Du 8 au 12 janvier la température ne dépasse pas 38° , les signes restent à peu près les mêmes. L'état général semble peu modifié.

Le 13 — et les jours suivants la courbe thermique présente quelques oscillations.

Le 21. — L'enfant qui pesait 19 kilogrammes à l'entrée a perdu 1 kilogramme en 13 jours.

Les signes locaux ont subi quelques modifications; toujours les mêmes en arrière où le souffle persiste avec les râles humides dans le lobe supérieur, avec une sonorité normale en bas; ils sont augmentés en avant, la matité s'est étendue en dedans, le cœur

qui était à peu près en place à l'entrée est maintenant très nettement dévié.

Une nouvelle ponction exploratrice fut pratiquée en avant à 1 centimètre au-dessus du mamelon qui, dans le cas présent, correspondait à la quatrième côte ; la seringue ramène du pus assez épais.

Le 23 janvier. — Première thoracenthèse qui donne 210 c. c. de pus assez épais, verdâtre, sans aucune odeur.

Pendant l'opération, l'écoulement du liquide s'arrête brusquement, et malgré le passage d'un mandrin dans le trocart, il fut impossible d'aspirer davantage de liquide. Le trocart retiré, ramena une fausse membrane qui en obturait la lumière.

Sous l'influence de la ponction, l'état local s'était cependant modifié ; le cœur dont la pointe battait en dedans du mamelon s'en était un peu rapproché.

Le 27 janvier. — Le liquide s'est reproduit et loin de rétrocéder l'épanchement augmente. Le cœur est de nouveau dévié ; la matité s'étale.

L'état général du malade, l'amaigrissement et la cachexie progressive nécessitent une intervention plus radicale.

L'opération de l'empyème s'impose, elle est faite par M. Brun, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Après chloroformisation, on fait une incision de 5 centimètres au niveau du quatrième espace intercostal, incision dont l'extrémité antérieure arrive à un demi centimètre de l'aréole du mamelon. Les fibres du grand pectoral auxquelles correspond l'incision sont écartées avec soin, et une ponction aspiratrice est pratiquée dans l'espace intercostal mis à jour. Après avoir retiré 300 c. c. de liquide environ, l'espace est franchement ouvert avec la sonde cannelée. Il s'écoule une assez grande quantité de pus épais, visqueux, verdâtre, environ trois quarts de litre.

Le doigt introduit ensuite dans la plaie permet de reconnaître

une poche limitée en bas et en arrière par une paroi facilement accessible, tandis que en haut et en dedans le doigt ne perçoit pas de limite.

Cette exploration entraîne la rupture de fausses membranes et l'évacuation d'une nouvelle quantité de pus.

Un léger lavage à l'eau bouillie fut pratiqué, puis le drainage fut assuré par deux tubes très courts.

Le soir même la température est modifiée, elle est à 38°, la veille le thermomètre donnait encore 39°, 5, et depuis, jusqu'à la guérison, la température ne s'est plus élevée une seule fois jusqu'à 38°.

L'opération et les pansements consécutifs ayant été faits avec l'antisepsie la plus rigoureuse, l'évolution vers la guérison fut très rapide.

Un seul et court lavage de la poche fut fait après l'opération ; il ne fut pas renouvelé.

L'écoulement de liquide nécessita un pansement le deuxième jour ; depuis les pansements furent faits tous les deux ou trois jours.

Les signes stéthoscopiques constatés dans les jours qui suivirent l'opération sont les suivants : le lendemain la matité sous-claviculaire a disparu ; elle est remplacée par du tympanisme. En arrière la matité a diminué, mais persiste et la respiration est encore soufflante.

Le 10 février. — Le murmure vésiculaire s'entend nettement sous la clavicule avec quelques frottements pleuraux. En arrière la respiration encore soufflante devient meilleure, les râles diminuent et les bruits perçus, par leur caractère superficiel, doivent être considérés comme d'origine pleurale.

L'état général de l'enfant s'améliore très vite, l'aspect bouffi qui avait tout particulièrement attiré notre attention a disparu,

l'appétit est tout à fait revenu. L'enfant est gai, il se lève. Son poids augmente; en 15 jours il a gagné 1 kilog.

Le 27 février. — Le drain est enlevé.

Le 18 mars. — Les frottements pleuraux persistent encore, mais l'enfant a repris l'attitude normale, sa colonne vertébrale est droite. On remarque au lieu de la voussure antérieure un léger degré de rétraction. La cicatrice de l'incision se termine en avant à 2 centimètres de l'endroit où bat la pointe du cœur; celle-ci bat maintenant vers le cinquième espace au-dessous du mamelon.

L'enfant peut être considéré comme guéri.

En résumé, nous avons assisté à l'évolution clinique d'une affection subaiguë, presque chronique du sommet de la plèvre, ayant présenté à un moment donné, les apparences de la tuberculose avancée du poumon. L'examen complet et précis nous a permis de reconnaître la présence d'un épanchement purulent nettement localisé à la partie la plus élevée de la poitrine du côté gauche, épanchement refoulant le sommet du poumon et présentant des symptômes locaux ou éloignés, inaccoutumés. La gravité des symptômes observés a été une indication de recourir à l'opération de l'empyème après une thoracentèse insuffisante, et il nous a permis de constater une fois de plus les heureux et rapides effets de la thoracotomie dans les pleurésies méta-pneumoniques, ce que l'examen bactériologique a permis d'établir dans notre observation I.

Examen bactériologique. — L'examen direct du pus fut pratiqué de la façon suivante : coloration au

violet de gentiane aniliné, puis méthode de Gram; on constata la présence de diplocoques plus ou moins lancéolés.

La *culture* de ce pus fut faite sur gélose et bouillon, et donna, au bout de trente heures, des colonies présentant tous les caractères de celles du pneumocoque.

L'examen microscopique décela la présence de diplocoques lancéolés, se mettant parfois en courtes chaînettes.

Enfin, l'*inoculation* à la souris fut pratiquée; l'animal mourut dans les 24 heures, et son sang fut ensemencé sur gélose. L'examen pratiqué montra la présence du même micro-organisme.

OBSERVATION II

B... Marie, âgée de 44 ans, entrée le 31 janvier 1894, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service du professeur Caubet, pour pyélo-néphrite (1).

Le 22 mars elle fut prise brusquement d'un point de côté très violent sous le sein droit, de toux quinteuse, et de dyspnée très violente.

La température axillaire donne 39°,5.

Le lendemain, le point de côté persiste, arrachant des cris à la malade, et on est obligé deux fois, dans la journée, d'avoir recours à une injection sous-cutanée de morphine.

1. *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 15 décembre 1894. Rispal.

« A l'examen de la poitrine, il existe de la submatité au son
« met du poumon droit en arrière dans la fosse sous-épineuse,
« en avant sous la clavicule ; on perçoit à ce niveau par l'auscul-
« tation un foyer de râles fins mêlés de quelques frottements
« pleuraux. Il n'y a pas cependant de crachats rouillés ; la tem-
« pérature du matin s'élève à 38°,5, celle du soir à 39°,7.

« Le 24, l'agitation de la veille a fait place à une prostration
« complète, le faciès est cyanosé, la respiration bruyante et diffi-
« cile ; on remarque de temps en temps quelques mouvements
« convulsifs dans les muscles du bras et de l'avant-bras. La
« température reste élevée ».

Le 25. — Mort sans nouveaux phénomènes observés.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on voit s'écouler de la
partie supérieure de la cavité pleurale droite, une assez grande
« quantité de pus blanchâtre et visqueux. On constate alors qu'il
« s'agit d'une pleurésie purulente enkystée autour du lobe supé-
« rieur du poumon droit ; les adhérences, les unes fibreuses
« et paraissant anciennes, les autres fibrineuses plus récentes,
« retiennent la collection purulente qui forme comme une nappe
« étendue à la surface du lobe supérieur. La partie inférieure de
« la cavité pleurale est absolument libre et saine. En détachant
« ensuite le sommet du poumon baignant dans le pus quoique
« légèrement adhérent à la paroi costale, on s'aperçoit que le
« parenchyme est augmenté de consistance. »

La coupe du poumon montre une hépatisation grise compré-
nant exclusivement le lobe supérieur ; les lobes moyen et inférieur
sont intacts. Le poumon gauche est légèrement adhérent, mais
absolument normal.

Le péricarde est normal.

Le foie un peu gros.

Les reins atrophiés présentent les caractères du petit rein
rouge.

Examen bactériologique. — Le pus recueilli en pipette stérilisée, a montré des bâtonnets encapsulés se décolorant par la méthode de Gram. Les cultures sur divers milieux furent faites, les inoculations pratiquées, et le diagnostic bactériologique parfaitement établi. Le microorganisme en cause était le bacille encapsulé de Friedlander.

En résumé, au point de vue clinique, cette affection pulmonaire aiguë a eu une marche particulièrement rapide, puisqu'elle a pu en trois jours amener la terminaison fatale.

L'explication de ce fait a été fournie par l'autopsie qui a révélé, non-seulement une pneumonie du sommet arrivée au stade d'hépatisation grise, mais encore une pleurésie purulente enkystée dont l'existence n'avait pu être soupçonnée.

C'est là un exemple de ces cas rares où la pleurésie purulente est contemporaine de la pneumonie, au lieu d'être comme d'ordinaire métapneumonique, c'est-à-dire n'apparaissant qu'après la défervescence.

OBSERVATION III

Andral, *Maladies de poitrine*, page 487. Pleurésies partielles.

X..., menuisier, âgé de 68 ans, éprouve une gêne habituelle dans la respiration depuis plusieurs mois; il est essoufflé facilement et ces symptômes sont survenus progressivement.

Il entre à l'hôpital pour une très vive dyspnée et la parole entrecoupée.

Examen. — Matité très accentuée en avant et en arrière au sommet de la poitrine dans les fosses sus et sous-épineuses d'une part, et d'autre part dans toute la région antérieure comprise entre la clavicule et le mamelon.

Disparition complète du murmure vésiculaire dans toute la zone de matité, sauf près du sternum. Dans le lobe inférieur la respiration est bonne; de même à droite, sauf au sommet où la respiration est un peu diminuée et la sonorité médiocre.

Mort 10 jours après son entrée sans modifications des signes stéthoscopiques, mais avec des phénomènes cérébraux très marqués.

Autopsie. — Epanchement pleural séreux répondant au lobe supérieur du poumon gauche qui est refoulé vers le médiastin.

Cet épanchement est limité exactement au lobe supérieur par d'épaisses fausses membranes.

La description que donne Andral des lésions du sommet du poumon sont bien celles de tubercules, les uns crétacés, les autres caséeux. Les lobes inférieurs étaient sains. Andral note un œdème de la main gauche.

Considérations. — Andral fait suivre l'observation de quelques considérations intéressantes. Le diagnostic probable, basé sur les signes stéthoscopiques, était d'après lui: hépatisation pulmonaire. Le poumon refoulé en dedans et fixé par des adhérences anciennes n'aurait jamais pu se dilater et revenir à son volume primitif si on avait évacué le liquide (Expériences d'insufflation et succès de la pleurotomie dans des pleurésies anciennes).

Nota. — Les pleurésies purulentes du sommet étant très rares, nous avons cru devoir rapporter cette observation d'Andral qui traite d'une pleurésie séro-fibrineuse du sommet, et dont on peut tirer quelques déductions au point de vue anatomo-pathologique.

CONCLUSIONS .

La pleurésie purulente du sommet est une affection rare et peu connue.

Elle semble être le plus fréquemment la suite proche ou éloignée de la pneumonie du sommet (2 observations sur 3). Les microorganismes en cause ont été le pneumocoque et le pneumo-bacille.

L'épanchement se caractérise par des symptômes physiques occupant dans la région la plus élevée du thorax un siège insolite confirmé par la ponction.

Cette localisation au sommet entraîne des symptômes fonctionnels dépendant du siège anatomique, et par suite particuliers à cette forme de pleurésie partielle (troubles circulatoires et nerveux).

Le diagnostic de l'épanchement est parfois difficile dans cette région, et le diagnostic différentiel prend, à cause du siège de la lésion au sommet de la poitrine, une importance toute particulière.

Le traitement habituel de la pleurésie purulente se trouve modifié au point de vue du choix du procédé d'intervention, et au point de vue du manuel opératoire.

Vu par le Président de la thèse,
STRAUS.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

